DE LA

N° 91

DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE

DES

ULCÉRATIONS CICATRICIELLES

RÉSULTANT

DES BRULURES ANCIENNES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1909

PAR

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Vincent CORTADE

Né à Port-Vendres, le 30 octobre 1884

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES (Concours 1907)

EX-RÉPÉTITEUR DU COURS D'ACCOUCHEMENT A LA MATERNITÉ DU GARD

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲) . . . . . Doyen
SARDA . . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✲). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✲)
Clinique médicale		CARRIEU.
Cliniquedes maladies mentales et nerv.		MAIRET (✲).
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✲).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiene.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.		VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GILIS, *président.*	SOUBEYRAN, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.*	LAGRIFFOUL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

V. CORTADE.

MEIS ET AMICIS

V. CORTADE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR GILIS

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

V. CORTADE

INTRODUCTION

Les cicatrices vicieuses sont la complication la plus fréquente des brûlures. Elles constituent pour le sujet une difformité gênante, tant au point de vue esthétique qu'au point de vue fonctionnel.

A leur tour, ces cicatrices peuvent être malades. Il peut se développer sur elles des affections multiples, parmi lesquelles l'épithélioma est la plus fréquente, surtout lorsque sous l'effet de causes diverses la cicatrice s'ulcère.

M. le professeur Soubeyran a bien voulu nous communiquer une observation de cette affection ; nous l'avons choisie pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Après un aperçu historique, nous traiterons l'étiologie de l'épithélioma des ulcérations cicatricielles des brûlures.

Nous montrerons le rôle que joue l'irritation chronique continue. Dans les chapitres suivants, nous ferons connaître ce qui concerne la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic. Enfin, nous indiquerons les traitements qu'il convient d'instituer.

Dans l'observation qui nous a été communiquée, l'affection au point de vue clinique en imposait incontestablement pour un épithélioma banal des téguments, si bien que l'examen histologique n'a pas paru intéressant dans ce cas, mais il a été cependant fait dans d'autres observations que nous rapportons.

Etant donné qu'il s'agit d'un épithélioma ordinaire des téguments, nous n'avons pas cru utile de faire un chapitre spécial d'anatomie pathologique.

Mais avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier tous ceux qui ont contribué à notre formation médicale.

M. le docteur Gilis, dont pendant deux ans nous avons suivi les savantes leçons, a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse. Qu'il accepte l'hommage de notre respectueuse gratitude.

A M. le professeur agrégé Soubeyran, qui nous a indiqué le sujet, et à tous nos maîtres de la Faculté de Montpellier, nous adressons l'expression de notre profonde reconnaissance.

Interne des hôpitaux de Nimes, nous nous sommes efforcé, durant deux années, d'acquérir la pratique du malade auprès de nos maîtres, MM. les docteurs Gauch, Ollivier de Sardan, Lassale, Fabre, Suquet. Nous saisissons l'occasion qui nous est offerte aujourd'hui pour leur exprimer combien nous avons apprécié leur enseignement, et combien il reste gravé dans notre mémoire. Nous ne saurions oublier ici notre ami M. le docteur Cancell, dont les sages leçons furent pour nous un si précieux encouragement, et le dévouement auprès de ses malades restera un vivant exemple.

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE

DES ULCÉRATIONS CICATRICIELLES

RÉSULTANT

DES BRULURES ANCIENNES

HISTORIQUE

La question du cancer développé sur les cicatrices a, au siècle dernier, préoccupé beaucoup d'auteurs. Ils avaient remarqué combien les néoplasmes se greffaient souvent sur les cicatrices en général. Parmi celles-ci, les cicatrices des brûlures occupaient une place considérable.

L'auteur anglais Hawkins, en 1834, fut le premier à s'occuper de la question.

Avant lui, Marjolin, en 1828, avait décrit dans son Dictionnaire de Médecine, sous le nom d'ulcère véruqueux, une tumeur que nous appelons aujourd'hui l'épithélioma papillaire.

Hawkins désigne cette lésion sous le nom de « *Tumeur véruqueuse des cicatrices* ». « Sur la tumeur, dit-il, apparaît d'abord une petite verrue sèche, revêtue d'un épiderme mince, qui bientôt devient humide, se couvre d'ul-

cérations partielles et sécrète un liquide terne, âcre, semi-purulent.

» Pas de douleur à cette période ; bientôt l'accroissement devient plus rapide, l'aspect verruqueux s'efface, de la peau s'élève une substance plus solide ressemblant au fongus hématode. Tout autour bourgeonnent de nouvelles verrues subissant la même évolution. La tumeur est très vasculaire et saigne quand on la touche. Lorsqu'elle est devenue ferme et proéminente, elle s'ulcère, se gangrène et cause des douleurs vives. Pas d'engorgement ganglionnaire. Ces tumeurs apparaissent sur les cicatrices de brûlures de cautérisation au fer rouge. »

D'après cette description, on voit que cette tumeur offre les caractères du cancroïde, Hawkins considérant l'affection comme une tumeur localement maligne (Malignant local disease).

Les cas qu'il rapporte concernent en général les hommes de la classe ouvrière, plus exposés aux traumatismes. Il note que la dégénérescence n'apparaît que 10, 20 ou 30 ans après la brûlure.

L'examen histologique faisant défaut à ce moment-là, on ne peut considérer tous les cas cités par Hawkins comme des cancroïdes. Cet auteur a souvent confondu les cancroïdes avec les chéloïdes cicatricielles ulcérées.

En 1839, Dupuytren dit au cours de ses leçons de chirurgie, que les cicatrices peuvent, au déclin de la vie, devenir ulcéreuses.

« C'est ainsi, dit-il, que je fus obligé de pratiquer l'amputation de la jambe chez un sujet, pour un vaste cancer survenu sur la cicatrice d'une brûlure profonde, faite, pendant son jeune âge, par l'acide sulfurique répandu sur le pied et la jambe. Le cancer se déclara sur la cicatrice tiraillée aux approches de la vieillesse. »

L'auteur cite encore ce cas identique au premier : « Le malade avait été brûlé au bras et à l'avant-bras. Des cicatrices gênaient le mouvement de l'articulation du coude. Les tiraillements continus finissent par ulcérer en un point la cicatrice sur laquelle se développe un épithélioma. »

Dans ces deux cas, la dégénérescence s'est produite à un âge avancé, longtemps après l'accident.

En 1841, Hawkins cite de nouveaux cas qui se sont produits depuis ses dernières publications. Se basant sur le peu de retentissement sur l'état général et l'absence de dégénérescence cancéreuse, il considérait ces tumeurs comme bénignes. Maintenant, l'auteur modifie son opinion : « L'expérience m'a montré, dit-il, que le cancer des cicatrices était plus malin que je ne l'avais admis. Il ressemble comme marche au cancer de la peau avec moins de gravité toutefois. Le lieu où il se produit présente une vitalité moindre que la peau saine, ce qui explique la lenteur de sa marche et son peu de tendance à faire de la dégénérescence ganglionnaire. »

Il n'a jamais eu de dégénérescence cancéreuse. L'affection reste locale ; on peut espérer la guérir à condition d'enlever toutes les parties malades. Pour le traitement les caustiques sont indiqués et, en particulier, le chlorure de zinc.

Trois ans plus tard, Macpherson reprend la question. Il aurait observé l'affection chez les habitants du Bengale, à la suite de cautérisations au fer rouge, pratiquées pour faire disparaître la tuméfaction splénique d'origine palustre. « Ces productions, dit-il, ont quelque chose de mauvaise nature localement, sans toutefois infecter l'économie. »

Pour l'auteur, l'enlèvement est préférable à la cautérisation.

Boyer, dans son Traité des maladies chirurgicales, cite le cas d'un cancer, développé sur une cicatrice de plaie par arme à feu, ayant nécessité l'amputation de la jambe.

En 1849, Wernher rapporte un cas analogue.

Dans la même année Follin publie son étude sur la végétation des cicatrices et ulcères. Il distingue deux sortes de tumeurs : les tumeurs fibro-cellulaires et les tumeurs constituées par une hypertrophie maligne des éléments de la cicatrice. Il décrit surtout la forme : épithélioma papillaire. La forme ulcéreuse serait produite par l'inflammation du tissu morbide. Le pronostic est sombre, leur récidive fréquente. Au point de vue du traitement, il préfère le caustique sulfo-saponique de Velpeau.

En 1850, Fearnside publie deux cas de cancers des cicatrices guéris par l'application d'un mélange de chlorure de zinc et plâtre.

Robert Smith, la même année, rapporte quatre cas dans le *Journal de Dublin.*

Dans la thèse inaugurale de Pedraglia, à Giessen, en 1853, nous trouvons quatre observations. Il s'agit de cas graves où l'os a été envahi sans qu'on note de dégénérescence ganglionnaire.

La transformation cancéreuse s'était opérée huit ans, seize ans, quarante ans après l'accident. Dans deux cas, la cicatrice s'était souvent rompue et avait suppuré. Pour l'auteur, la maladie est purement locale.

En 1854, Velpeau cite un cancroïde de la main développé sur la cicatrice d'une ancienne brûlure. Amputation et récidive.

Berlet, Adelmon, Hower, la même année, citent des dégénérescences ganglionnaires.

Humphry (1861) préconise la méthode de Hawkins : cautérisation au chlorure de zinc. Il fit dans un cas une autoplastie et obtint un résultat parfait.

Broca dit, dans son Traité des tumeurs, qu'il a vu se développer sur une petite cicatrice de brûlure un ulcère rongeant dans la région temporale.

Dans sa thèse sur les cancroïdes des cicatrices, Clément insiste sur les causes occasionnelles locales dans le développement de l'épithélioma.

Hulke, en 1873, cite deux cas d'épithéliomas développés sur des cicatrices de brûlures. Dans ses leçons, en étudiant les conditions qui influent sur le développement de l'épithélioma, il rappelle deux observations dans lesquelles la plaie avait demandé trois ans pour se cicatriser, et démontre que le néoplasme était né sur une cicatrice irritable (cicatrices tiraillées et déchirées). La cicatrice a été la cause prédisposante, la cause déterminante a été l'irritation chronique.

Marcuse pratique le grattage à la curette sur la cicatrice d'une brûlure antérieurement déchirée. Il l'attribue au tiraillement de la tumeur, située sur la face antérieure de la cuisse, par les mouvements de l'articulation du genou.

Heurteaux (1879) communique à la Société anatomique de Nantes plusieurs cas de cancers développés sur des cicatrices de brûlures.

Crouzet, dans sa thèse de 1879, cite un cas de brûlure dont la cicatrisation aurait demandé huit ans. L'ulcération de la cicatrice a été due à l'apparition de pustules varioliques sur le tissu nodulaire.

En 1882, travail de Boegehold, de Berlin. Il contient trois observations de tumeurs épithéliomateuses ayant

donné lieu à la dégénérescence ganglionnaire et à la généralisation viscérale.

Dans sa thèse sur les tumeurs de l'ombilic, Villar confirme la fréquence de la dégénérescence épithéliomateuse de cicatrices suites de brûlures.

En 1888, Durand présente à Paris une thèse sur l'épithélioma des cicatrices. Dans ce travail, l'auteur s'efforçait à mettre en relief la fréquence des cicatrices causées par des brûlures. Il en cite plusieurs observations et fait remarquer que l'épithélioma est en général consécutif à l'action irritante des produits caustiques que le malade applique sur sa cicatrice.

Plus près de nous, MM. Morestin et Naudier, à la Société anatomique de Paris, sont venus apporter des observations confirmant les conclusions de la thèse de Durand.

En 1907, Jaboulay, dans la *Gazette des Hôpitaux*, cite des cas semblables.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Le cancer primitif de la peau se développe sur cet organe sous l'influence de conditions diverses, les unes d'ordre général, les autres d'ordre local. Au nombre des premières les anciens auteurs citaient l'hérédité, le tempérament scrofuleux, l'herpétisme ; en un mot, un état diathésique spécial que les parents transmettaient à leurs descendants en même temps que la maladie dont ils étaient atteints.

Cette théorie reposant sur quelques observations exactes (Broca cite une famille dans laquelle il a retrouvé 16 fois le cancer), est actuellement abandonnée. A peine dans treize cas sur cent on peut noter l'influence nette de l'hérédité. Nous ne l'avons jamais notée dans nos observations. On admet cependant que chez les descendants on retrouve non plus la maladie elle-même, mais une prédisposition de l'organisme à faire du néoplasme, une aptitude particulière de la cellule à devenir cancéreuse.

Les causes générales cèdent le pas à des causes locales plus réelles.

Toute irritation prolongée d'un revêtement épithélial favorise la tendance de celui-ci à devenir le point de départ d'un épithélioma. Nous voyons souvent l'épithélioma se greffer sur un eczéma ancien ou sur un psoriasis rebelle, surtout si des substances caustiques venaient conti-

nuellement les irriter. Paget cite un cancer développé sur la face interne des cuisses chez un ouvrier qui avait l'habitude de porter des brasiers qui reposaient sur cette partie. Dans ce cas, le frottement a déterminé un néoplasme sur la peau saine. L'exemple est frappant pour le cancer des fumeurs, développé sur la muqueuse des lèvres à la suite de l'irritation incessante du tuyau de la pipe.

Dans une de nos observations, nous remarquons que la déchirure répétée de la cicatrice a contribué à sa transformation cancéreuse. Le tiraillement continuel de la bride cicatricielle pourra être incriminé lorsqu'on sera en présence d'une cicatrice siégeant au pli de flexion d'un membre, au coude par exemple, comme dans l'observation VI.

Enfin et surtout, l'emploi de liquides caustiques constitue pour les néoplasmes une occasion particulièrement favorable à leur développement.

Ces liquides répandus sous forme soit de drogues distribuées par les charlatans, soit de remèdes de bonne femme, sont couramment employés sur les plaies rebelles pour en atténuer les phénomènes inflammatoires, et pour en hâter la cicatrisation. Leur effet est de modifier l'élément anatomique et de provoquer la transformation néoplasique.

Si au lieu de s'exercer sur des cicatrices complètes, ces causes agissent sur des cicatrices partiellement formées, elles auront de ce fait des chances plus grandes de provoquer la dégénérescence cancéreuse.

Durand, dans sa thèse, remarque que sur 90 cas de cancers observés sur des cicatrices, 40 sont des cicatrices de brûlure, dont la cicatrisation a été longue à se faire et le plus souvent incomplète. Dans ces cas, les phénomènes d'irritation continue s'exercent sur des bourgeons char-

nus en voie de croissance dont le développement devient cancéreux.

Les brûlures, en effet, entraînent la nécrose des tissus par destruction de ses éléments anatomiques et de ses éléments de nutrition, vaisseaux et nerfs. Les éléments cellulaires voisins de la plaie ne vont pas tarder à proliférer. Les cellules épithéliales s'organisent sur les bords et au fond de la plaie pour former des bourgeons charnus qui peu à peu s'épidermisent et font la cicatrice : tissu de nouvelle formation destiné à combler la perte de substance ainsi créée.

Mais le tissu cicatriciel ne reproduit qu'imparfaitement le tissu qu'il est destiné à remplacer. Il est constitué par un stroma fibreux et des cellules embryonnaires se rapprochant des cellules néoplasiques, aptes à la production anormale.

Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que des causes externes en irritant la région contribuent au développement du néoplasme ; mais il faut remarquer que la dégénérescence s'effectue de longues années après l'accident : huit ans au minimum, 30 à 40 le plus souvent.

Donc, irritation continuelle d'une région chroniquement enflammée, telles sont les conditions les plus favorables au développement d'un néoplasme.

Nous les trouvons réalisées dans l'observation que nous citons. Il s'agit d'une cicatrice que le malade a irritée pendant 40 ans par son travail et surtout par l'application de pommades, onguent et autres substances caustiques dans le but d'obtenir la cicatrisation de son ulcération rebelle. Quarante ans après sa brûlure, il a vu se développer un épithélioma qui a nécessité une intervention.

Nous retrouvons dans cet exemple la vieille brûlure

incomplètement cicatrisée, qui, sans cesse irritée, se transforme en cancer.

On pourrait se demander si sur une région ainsi ulcérée la production de l'épithélioma n'est pas due au transport de germes par les animaux ou les végétaux. Cette théorie parasitaire du cancer ne semble pas devoir s'appliquer ici. Nous ne la retrouvons dans aucune de nos observations.

SYMPTOMATOLOGIE

Lorsqu'une brûlure tarde à se cicatriser, au niveau de la région qui a subi le contact du liquide trop chaud, il se développe un ulcère. Il se présente sous la forme d'une perte de substance de forme elliptique, en général, dont le grand axe est parallèle à l'axe du membre. Le fond est constitué par des bourgeons charnus, destinés à se développer et à combler la plaie. Ils sont de couleur rouge violacée, plus ou moins ecchymotiques. Ils donnent issue à une sérosité rougeâtre ou jaunâtre, constituée par du sang mélangé à du pus et à des matières organiques, débris de cellules épithéliales nécrosées qui s'éliminent à mesure.

Les bords sont inclinés et se continuent graduellement avec le fond.

La peau qui avoisine l'ulcère subit le retentissement de la lésion. Elle est plus pâle, dure, et l'épiderme se détache sous forme de fines écailles furfuracées.

Si le membre est au repos on peut voir le suintement tarir et les bourgeons se sécher. Mais en général, le malade porteur d'une telle lésion ne cesse pas son travail, irritant ainsi continuellement sa plaie par le frottement des vêtements. Si, en plus, il applique des substances caustiques, les phénomènes inflammatoires au lieu de s'amender s'établissent à demeure et s'exagèrent davantage.

C'est dans ces conditions que les bourgeons opèrent leur dégénérescence cancéreuse.

Le début de l'épithélioma est, en général, difficile à observer. Le malade porteur d'une ulcération ancienne ne remarque pas qu'il vient s'y greffer de nouvelles lésions. Il ne se présente donc au médecin que lorsque la lésion a déjà évolué. Quelquefois cependant on peut en noter le début.

Dans certains cas, c'est une sensation de prurit qui a éveillé l'attention sur la plaie jusque-là indolore. Puis ça et là sont apparues de petites ulcérations humides et suintantes, qui ne tardent pas à confluer et à former une ulcération assez étendue.

La lésion peut en imposer pour une ulcération d'origine irritative, et être de ce fait facilement négligée.

D'autres fois l'ulcération présente une tuméfaction dans son ensemble. Des fongosités apparaissent qui s'ulcèrent dans la suite et forment l'épithélioma.

Quel que soit le mode de début, la dégénérescence s'observe toujours à la suite d'irritation continue : tiraillement, frottement, grattage.

A la période d'état, l'épithélioma se présente sous la forme ulcéreuse ou papillaire.

Dans le premier cas, on se trouve en présence d'une ulcération plus ou moins étendue, suivant son ancienneté, qui au premier abord ne diffère en rien d'une ulcération d'irritation banale. Mais sa base d'implantation est dure, son aspect mamelonné et fougueux. Dans certains cas, l'ulcération est recouverte d'une croûte formée de cellules épithéliales et d'éléments de sécrétion desséchés. Le fond de la plaie donne issue, en général, à un liquide sanieux et fétide.

Les bords sont durs, saillants, bien limités. Les dimen-

sions sont variables ; elles vont de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à celle de ces vastes épithéliomas occupant toute la face interne de la cuisse.

La propagation se fait rarement en profondeur, mais le plus souvent en surface, par développement de nouvelles granulations.

Dans d'autres cas, on voit naître au niveau de l'ulcération une tumeur de forme capillaire. Elle débute par une petite surélévation indurée ; elle s'accroît en progressant jusqu'à atteindre le volume d'une noisette. La surface est hérissée de petites papilles très ténues qui peu à peu deviennent cornées. Il s'y produit un suintement analogue au précédent. Le processus ulcératif fait ici défaut au début ; ce n'est que plus tard que la tumeur ainsi formée s'ulcèrera et offrira des caractères analogues à la lésion précédente.

EVOLUTION

Ces épithéliomas évoluent progressivement et lentement. Il faut des mois et des années pour qu'ils présentent une forme assez étendue et grave. Néanmoins, leur évolution est progressive. Elle ne présente pas d'état stationnaire ni de rémission comme on en voit dans les tumeurs bénignes. Quelquefois un traumatisme ou une circonstance imprévue viennent donner un coup de fouet au processus dégénératif qui alors devient beaucoup plus rapide.

La lésion reste, en général, limitée à la peau et laisse indemnes les plans sous-jacents. Dans une seule de nos observations nous avons noté l'extension à l'os.

Les ganglions ne présentent pas de phénomènes de métastase. Tout au plus observe-t-on quelquefois des phénomènes d'inflammation qui disparaissent sous l'influence d'un traitement approprié.

Les lésions graves se traduisent chez le sujet par des symptômes fonctionnels remarquablement peu accentués. C'est à peine si le sujet ressent une douleur légère au niveau de sa plaie lorsqu'elle est irritée ou lorsque des mouvements articulaires tirent continuellement sur les bords.

L'état général se maintient bon pendant longtemps, même chez les vieillards. Certains malades supportent de

puis de longues années des lésions épithéliomateuses, sans que rien vienne troubler leur état de santé.

A la longue cependant, le progrès du mal finit par conduire le malade à une issue fatale. Elle s'annonce par la perte de l'appétit, l'amaigrissement, première étape d'un état plus grave : la cachexie. Le malade devient dans cet état une proie facile à une affection intercurrente et quelquefois d'une localisation cancéreuse viscérale.

DIAGNOSTIC

L'évolution lente et progressive de la lésion, ses caractères anatomiques, son indolence, suffiront en général à la faire reconnaître.

On peut cependant la confondre avec certaines lésions cutanées, offrant des caractères analogues.

Tout d'abord, l'ulcération simple d'un bourgeon peut en imposer pour une ulcération épithéliomateuse. On remarquera que la surface de l'ulcération simple est plus régulière, dépourvue d'indurations.

Elle suinte plus abondamment, et le plus souvent c'est du pus qu'elle élimine plutôt que de la sérosité.

L'ulcération d'une chéloïde cicatricielle n'offre pas la marche envahissante de l'épithélioma.

Le lupus tuberculeux repose sur une base œdémateuse plutôt qu'indurée.

Les bourgeons sont jaunâtres et saignent moins facilement.

La syphilis peut donner lieu à quelques erreurs d'interprétation comme on peut le voir dans notre observation VIII.

Le chancre est immédiatement suivi d'accidents secondaires. Il est de plus modifié par le traitement.

Les syphilides ulcéreuses gagnent en profondeur, leurs bords sont taillés à pic et à contours polycycliques.

Aux caractères distinctifs de ces lésions s'ajoutent la rapidité plus grande de leur évolution, et la présence d'antécédents maladifs.

PRONOSTIC

Etant donnée la marche lente de la lésion, son peu de tendance à faire de la généralisation ganglionnaire, il pourrait sembler tout d'abord qu'on est en présence d'une tumeur bénigne. Cependant le pronostic est toujours sérieux. Il s'agit ici d'une tumeur à marche régulièrement progressive et envahissante.

L'ablation de la tumeur, opération radicale, peut être empêchée, soit par l'état de la lésion, soit par l'état du malade.

Un premier élément de gravité est tiré de l'âge de la tumeur. Au début, lorsqu'elle est circonscrite, parfaitement mobile sur ses plans profonds, l'ablation sera réellement efficace.

Mais lorsqu'elle a retenti sur l'état général, que le sujet fait de la cachexie, le pronostic est particulièrement sombre, et l'enlever serait illusoire.

En second lieu, il faut tenir compte du siège de la tumeur. Relativement bénigne sur les membres, elle est grave l'orqu'elle siège sur la face ou à l'abdomen.

Enfin, la nature elle-même de la tumeur doit être prise en considération. A ce point de vue, les tumeurs à accroissement rapide et rapidement ulcérées ont un pronostic fatal.

Après leur ablation, ces tumeurs récidivent parfois, augmentant ainsi les chances d'une généralisation rapide.

TRAITEMENT

I. — Traitement prophylactique

Au cours de notre exposé pathogénique, nous avons fait remarquer que l'épithélioma consécutif aux brûlures se développait au niveau des plaies longues à guérir, et avait son point de départ dans les cellules embryonnaires du tissu cicatriciel, sous l'influence d'irritations continues. Les chances de son développement seront d'autant plus grandes que plus vaste sera la surface de cicatrisation et longue sa formation.

En présence d'une brûlure, il faudra donc se préoccuper de deux choses : hâter la cicatrisation pour éviter son irritation et empêcher le développement du tissu de cicatrice en de trop grandes proportions.

Les brûlures se produisent le plus souvent chez les ouvriers dont la peau est souillée par les travaux auxquels ils se livrent ; elle est recouverte de poussières avec de nombreux germes prêts à se développer. Aussi l'asepsie est-elle la première précaution à prendre de la part du médecin appelé à soigner une brûlure. La région doit être soigneusement savonnée, les phlyctènes ponctionnées et lavées avec une substance antiseptique.

Lorsque la région sera ainsi suffisamment nettoyée, on appliquera un pansement avec une substance dont le der-

me supporte facilement le contact et qui puisse concourir à la réparation épidermique. Le topique le plus employé actuellement, est l'acide picrique en solution saturée.

On en imbibe des compresse que l'on applique sur la brûlure, on recouvre avec une couche d'ouate ; un bandage roulé maintient le tout.

Dans les brûlures légères un simple pansement à l'eau bouillie suffira.

M. Lucas-Championnière, remarquant les dangers des diverses substances employées comme topiques des brûlures, préconisait les pommades à base d'essence de thym, verveine, géranium, etc.

Après avoir lavé la région, il y applique un linge enduit de cette pommade ; par-dessus un autre linge stérilisé et une bande. Pour les plaies profondes l'imprégnation au chlorure de zinc et au goudron favorise la chute de l'eschare et empêche la suppuration.

L'auteur cite plusieurs résultats satisfaisants obtenus par cette méthode.

En enveloppant ainsi la région, on évite le contact des mains sales du malade sur la plaie ou le frottement continu par les vêtements, conditions favorables au développement du néoplasme.

Si la perte de substance est trop considérable, un lambeau cutané pris dans une région voisine et appliqué par la greffe, comme nous l'indiquerons plus loin, éviterait des formations cicatricielles trop étendues.

II. — Traitement curatif

En présence d'un épithélioma développé sur une cicatrice de brûlure, que convient-il de faire ?

On a proposé des moyens médicaux et des moyens chirurgicaux.

Parmi les premiers, le chlorate de potasse a été autrefois le plus en faveur. Tedeschi en 1847, Bergeron en 1856, l'ont employé avec succès.

Plus près de nous, Reclus cite des cas de guérison d'épithélioma cutané par des pansements au chlorate de potasse au tiers.

Le chlorure de zinc, le bleu de méthylène, en application et injections, les pâtes caustiques ont obtenu tour à tour quelques succès. Il y a quelques années, MM. Cerny et Truceneck ont préconisé une solution d'acide arsénieux mélangée à l'alcool.

Dans le cas qui nous occupe, ces diverses substances caustiques ne peuvent être employées ; elles auraient pour effet d'apporter un nouvel élément d'irritation sur une surface déjà enflammée.

Elles doivent être rigoureusement proscrites.

Il en est de même pour la radiothérapie, qui, en irritant les régions saines voisines de la plaie, hâterait le développement du néoplasme.

Restent les méthodes chirurgicales. Le grattage et le râclage à la curette tranchante ont été employés. Ces moyens sont insuffisants ; ils atteignent seulement la couche superficielle sans détruire en totalité le tissu cicatriciel. D'autre part, on a observé des métastases néoplasiques consécutives à l'ouverture des vaisseaux, après de semblables traitements.

Il reste donc l'excision de la tumeur et de la région ulcérée.

Elle devra être large, s'étendre au-delà de la plaie sur les tissus sains pour enlever les couches infiltrées de cellules néoplasiques, dont la persistance causerait fatalement la récidive de la tumeur.

Mais la perte de substance ainsi formée sera difficile

à combler ; on se trouve en présence d'un tissu légèrement mortifié, mal nourri, dont la cicatrisation sera longue. Exposé à de nouveaux traumatismes, il serait la proie facile d'une récidive. Aussi faut-il l'abriter en le recouvrant d'une portion de peau saine ; on aura recours à une méthode de greffe ou à une méthode autoplastique, soit sans pédicule, soit à pédicule.

La méthode d'Ollier-Tiersch consiste à prendre un lambeau cutané dans une région éloignée et à le transporter sur la plaie qu'il est destiné à combler. Deux conditions sont nécessaires à sa réussite : la plaie doit être parfaitement aseptique, la peau parfaitement saine.

Un pansement est appliqué sur la région, de façon à obtenir une cicatrisation parfaite.

Au lieu de transporter sur l'ulcère un lambeau cutané privé de ses connexions vasculaires, on peut le recouvrir d'un lambeau vascularisé par un pédicule.

Ce procédé constitue la méthode à pédicule, soit permanent, soit transitoire.

Dans le premier cas, on fait glisser sur la plaie la peau de la région avoisinante préalablement décollée de ses plans sous-jacents.

Si la plaie est de petites dimensions, le décollement simple suffira. On libère la peau du tissu cellulaire ; on affronte, et on suture.

Si la plaie est trop étendue, une incision libératrice parallèle au grand axe de la plaie permettra un déplacement plus grand.

Enfin, pour les pertes de substances trop étendues, on emploie la méthode à tiroir : on fait deux incisions perpendiculaires au grand axe de la plaie, de façon à ce qu'elles partent des deux extrémités de la perte de substance. On a ainsi deux lambeaux que l'on fait glisser sur

la plaie. Dans tous ces procédés, le pédicule, très large, permettra la nutrition suffisante des lambeaux cutanés.

La méthode indienne consiste à prendre un lambeau à une faible distance de la plaie et à l'attirer par torsion de son pédicule. Cette méthode ne peut être employée que dans les régions où la peau est richement vascularisée, à la face notamment.

Enfin, dans la méthode italienne, le lambeau est pris dans une région du corps éloignée.

Le choix de la région a ici une grande importance. Il faut d'abord que l'attitude qui sera imposée au sujet ne soit pas trop pénible pour lui ; qu'elle lui permette de s'alimenter, se coucher ; qu'elle ne nécessite ni effort, ni tension douloureuse. La peau de la région choisie doit autant que possible être semblable à celle de la peau où elle sera transplantée.

Il faut enfin que la confection du lambeau entraîne une perte de substance facilement réparable.

Le lambeau préalablement dessiné sera taillé, disséqué et appliqué sur la plaie dont un coup de curette aura fait disparaître les bourgeons et toute trace de tissu cicatriciel.

On suture au crin de Florence et on immobilise par l'application de bandes plâtrées.

Au quinzième jour, on enlève le pansement et on sectionne le pédicule.

Telles sont les diverses méthodes employées pour réparer les pertes de substances consécutives à l'excision de la tumeur néoplasique. Le choix de l'une d'entre elles dépendra de la dimension de la plaie et de sa situation. La méthode italienne, excellente au point de vue de la nutrition du lambeau, ne pourra parfois être employée à cause de la position fatigante qu'elle nécessite. La mé-

thode de Ollier et Tiersch est la méthode de choix pour les plaies de dimensions moyennes.

Avec une surveillance attentive les résultats sont en général bons.

Lorsque l'épithélioma est trop étendu, qu'il atteint les plans profonds, l'excision n'est plus suffisante et l'amputation du membre s'impose.

Si même l'état général du sujet décline trop, que les phénomènes de cachexie commencent à apparaître, l'intervention est contre-indiquée. Il n'y a plus qu'à laisser évoluer la maladie jusqu'à son issue fatale en essayant de calmer les douleurs du malheureux par les moyens appropriés.

OBSERVATIONS

Observation première

(Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Soubeyran)

F... Louis, cultivateur, 58 ans, à Bollène (Vaucluse). A l'âge de 13 ans le malade a été brûlé grièvement par le contenu d'une marmite dans laquelle bouillaient des pommes de terre. La brûlure intéressait la face interne du genou et de la jambe gauche. Divers traitements furent institués, la brûlure se guérit imparfaitement. Les phénomènes aigus disparurent, mais il restait toujours une plaie sur la région brûlée, qui suintait légèrement.

Pour hâter la guérison, le malade a appliqué sur la plaie diverses sortes d'onguents et pommades caustiques qui n'ont pas eu l'effet désiré.

Depuis 5 ou 6 mois, l'état de la plaie s'est aggravé. Elle a coulé davantage et au centre il est apparu un bourgeon qui aussitôt est entré en voie de dégénérescence.

Le malade fut à ce moment-là proposé à l'examen de M. le professeur agrégé Soubeyran.

Celui-ci constate une vaste cicatrice occupant la face interne du genou et de la jambe gauche. Au niveau de la jambe, la cicatrice était à peu près parfaite ; la peau était mince, lisse et d'aspect brillant. Mais la face interne du genou présentait une plaie rougeâtre, d'aspect variqueux,

de la dimension d'une paume de main, avec au centre un bourgeon charnu en voie de dégénérescence cancéreuse.

Le malade a affirmé que depuis quelques mois, ce bourgeon avait considérablement augmenté. Les ganglions de l'aine ne présentent pas d'induration. Autour de la plaie, la peau est sèche, brillante. L'articulation du genou est ankylosée.

Le 28 décembre 1908, ablation de la tumeur, en même temps que la peau qui entoure la région ulcérée. On constate que la peau est seule prise. Les plans aponévrotiques sous-jacents n'offrent pas de nodosités dures, signe d'infiltration. Un lambeau cutané pris sur la cuisse est greffé sur la région cruentée. Mais ce lambeau insuffisant ne comble qu'en partie la perte de substance. Néanmoins, l'évolution cicatricielle s'accomplit normalement, et trois semaines après l'opération, tout est cicatrisé.

Le malade a été revu deux mois après ; l'épithélioma n'avait pas récidivé.

Observation II

Morestin, *Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1905)

Un charretier de 26 ans, Octave N..., entre à l'hôpital Saint-Louis pour une tumeur de la face très étendue et ulcérée. Elle a pris naissance deux ans auparavant sur une cicatrice de brûlure.

Le sujet a été brûlé dans sa première enfance par une chute dans le feu probablement. Toute la moitié droite du visage a été atteinte. Aucun traitement n'a été institué, et la guérison a été très longue à obtenir, et incomplète. La tumeur a débuté au niveau de la tempe droite. Elle présente des proportions énormes et couvre la moi-

tié du visage. Dans le sens antéro-postérieur depuis le grand angle de l'œil jusqu'au lobe de l'oreille qui est envahi et dont la conque est remplie de végétations néoplasiques. Dans le sens vertical elle va de la partie la plus élevée de la tempe jusqu'à l'angle de la mâchoire.

La recherche des ganglions est négative. Le malade ne souffre pas : il peut s'alimenter sans difficulté, mastiquer le pain, la viande, ouvrir largement la bouche, ce qui prouve que le temporal et le masseter ne sont pas pris. L'état général commence à décliner. Ablation de la tumeur. La plaie est recouverte par un lambeau cutané prélevé sur le cou.

Un mois après, récidive.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agit d'épithélioma pavimenteux lobulé avec de nombreux globes épidermiques.

Observation III

(Jaboulay, *Gazette des hôpitaux*, août 1907)

M..., cultivateur de la Drôme, victime d'un attentat au vitriol, il y a 11 ans.

La face est déformée par les nombreuses cicatrices qui lui couturent la joue en tous sens, entraînant un ectropion des paupières et des lèvres à un degré extrême, accompagné d'épiphora et de taie de la cornée.

De la lèvre supérieure à l'ombilic, la coulée d'acide a laissé sa trace sous forme d'une épaisse bride en saillie qui maintient la tête fléchie.

Une coulée plus large a de même envahi les membres supérieurs en y laissant une brûlure étendue de l'épaule au milieu de l'avant-bras sur la demi-circonférence externe du membre.

Cette vaste plaie a de toutes été la plus longue à guérir et la plus gênante. Elle a nécessité le séjour de plusieurs mois à l'hôpital où elle a subi plusieurs tentatives de greffe. Toutes ces tentatives ont échoué. L'articulation est restée ankylosée en flexion, et la brûlure ne s'est jamais épidermisée dans son centre. Or, voici qu'il y a un an, cette ulcération prend un autre caractère. Il se développe à la partie postéro-interne du coude un petit bouton que le malade gratte et qui saigne. Il grossit insensiblement sans troubler l'insouciance du porteur. Mais, du moins, ne l'irrite-il pas de cautérisations intempestives.

A l'examen, on voit une ulcération d'un rouge vineux aux bords déchiquetés et décollés, au fond granuleux, friable, sanguinolent et sanieux. C'est un épithélioma cutané. Son étendue est de 2 ou 3 centimètres de large sur 10 de longueur. Autour de lui, réaction inflammatoire avec œdème et rougeur de la peau.

Le ganglion sus-épitrochléen est perceptible, mais pas de ganglions dans l'aisselle, ni dans le creux sus-claviculaire.

Etat général mauvais.

Opération : amputation du bras.

Récidive six mois après et désarticulation de l'épaule.

Observation IV

(Naudier, *Bulletin de la Société anatomique*)

Femme de 24 ans s'étant brûlée à l'âge de 7 ans.

Il y a quelque temps, une ulcération s'était montrée sur cette cicatrice en un point qui n'avait jamais été cicatrisé complètement, et s'était agrandie malgré des cautérisations énergiques. L'état devient des plus mauvais.

Le genou s'était gonflé et une rétraction étant survenue, M. Panas, dans le service duquel était entrée la malade, pratiqua l'amputation du membre.

Le tibia est altéré.

L'articulation contient dans son épaisseur une matière noirâtre.

Observation V

(Thèse Durand, 1888)

Epithélioma de la jambe développé sur une cicatrice de brûlure. Extension au tibia.

A. B..., 54 ans, charron. Entré le 15 mars 1886, salle Saint-Côme à l'Hôtel-Dieu.

En 1846, brûlure profonde de la jambe gauche ayant laissé cicatrice étendue.

En 1883, le malade reçut un coup de marteau sur la cicatrice qui a été déchirée. Pendant longtemps la plaie n'a eu aucune tendance à la guérison.

En 1885, nouveau traumatisme. Vers la fin de cette même année, le malade remarqua une ulcération au niveau d'un bourgeon cicatriciel. Cette ulcération s'agrandit peu à peu. Le malade rentre à l'hôpital à ce moment. Au bout de un mois de traitements divers, aucune amélioration ne s'est produite. Le malade sort et revient six mois après en mars 1886.

Etat actuel. — A la partie moyenne de la jambe, vaste ulcération mesurant la longueur de la paume de la main.

Elle siège sur la face externe de la jambe, passe au devant du tibia et se termine sur la face interne.

Les bords sont indurés, le fond est bourgeonnant, grisâtre et saignant au moindre contact. Il présente des dé-

pressions profondes qui pénètrent dans le tibia à une profondeur de 3 centimètres.

Petit ganglion dans l'aine correspondante. Le malade a maigri, perdu ses forces ; la marche est devenue impossible.

Diagnostic. — Epithélioma développé sur ancienne brûlure irritée par des traumatismes.

Opération. — Amputation sus-condylienne. L'examen anatomo-pathologique confirme le diagnostic.

Observation VI

(Morestin, *Bulletin de la Société anatomique*, 1899)

Epithélioma de la jambe développé sur la cicatrice d'un ancien ulcère consécutif à une brûlure,

Le 14 juin 1856, Jean-Baptiste B..., âgé de 15 ans, fut brûlé en sautant un feu de joie. Le feu prit à son pantalon et il fut grièvement blessé au point de devoir garder six mois le lit.

La jambe droite avait été profondément atteinte en avant et sur les côtés. Il était incomplètement guéri quand de guerre lasse, il se décida à se lever et à travailler.

La plaie ne se cicatrisa que plusieurs années après et seulement pour une courte période. Elle se rouvrit et resta, dès lors, ulcéreuse jusqu'en 1899. A ce moment-là, à la suite de soins assidus, la plaie se ferma pour se rouvrir en 1896. Mais le nouvel ulcère avait un caractère différent du précédent. Le malade a remarqué que la plaie était variqueuse, inégale et bourgeonnante. Cet aspect irrégulier s'est accentué de plus en plus. Une masse saillante s'est développée sur la surface autrefois déprimée,

gênant la marche, saignant à tout propos, exhalant une odeur infecte.

Cependant, le malheureux a laissé évoluer cette lésion pendant 3 ans avant d'entrer à l'hôpital.

Il a attendu pour s'y décider que sa jambe soit dans un état déplorable. Admis à Saint-Louis en septembre 1899.

B... est, sinon cachectique, du moins très affaibli. Il n'a que 59 ans et paraît en avoir 70. Cependant, on ne trouve chez lui ni maladie générale, ni affection locale, en dehors de celle de la jambe droite. Une tumeur rougeâtre occupe la partie antérieure et moyenne de la jambe. Elle descend jusqu'à trois travers de doigt du cou-de-pied et remonte au-dessus du milieu de la jambe. Dans le sens transversal, elle occupe plus de la demi-circonférence antérieure. A la partie inférieure et interne de cette tumeur étalée, se trouve un autre ulcère végétant de même aspect, mais plus petit, grand comme une pièce de deux francs, séparé du précédent par un point cicatriciel, large de 2 centimètres. Tous les deux sont entourés par une zone cicatricielle, vestige de l'ancienne brûlure. La tumeur principale est en voie d'accroissement rapide, car on voit en son pourtour une sorte de bourrelet violacé en train de s'ulcérer, et même au-delà, çà et là, des espaces infiltrés et envahis trahissent la marche excentrique du néoplasme.

La surface du grand ulcère est crevassée et ravinée. Chacune de ces fissures est recouverte d'une multitude de petites saillies mamelonnées et molles, dont la surface libre et saillante est en continuelle désagrégation. Le fond du sillon est occupé par un enduit d'un blanc grisâtre formé par des détritus baignant dans un liquide fétide. La sécrétion est abondante et l'odeur effroyable. L'autre

ulcère offre le même aspect. Sous une forme réduite il reproduit en petit la même lésion.

Le diagnostic d'épithélioma ne fait aucun doute. On peut se demander si la bande cicatricielle qui sépare les deux ulcères ne résulterait pas d'un processus de cicatrisation de l'épithélioma. On sait, en effet, que ces ulcérations sont parfois susceptibles de se cicatriser superficiellement. Ici ce n'est pas le cas, car il s'agit d'un épithélioma très végétant et ne paraissant avoir aucune tendance à s'éteindre dans aucune de ses parties. Il s'agit d'un reste de cicatrice de brûlure qui couvre une vaste partie de la jambe et entoure de tous côtés les deux néoplasmes.

On ne pouvait plus tenter aucune opération conservatrice, et l'amputation s'imposait. Mais il y avait bien lieu de trancher une question préalable. L'examen du triangle de Scarpa avait montré l'existence d'un ganglion augmenté de volume. Etait-il néoplasique ou simplement le siège d'une tuméfaction inflammatoire ? La seconde opinion était très acceptable en songeant aux infections secondaires au niveau d'une surface si longuement ulcérée. Après quelques jours de repos au lit, le ganglion diminua, puis disparut entièrement.

Le 8 septembre, amputation de la jambe par la méthode circulaire.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Observation VII

(Epithélioma cicatriciel de l'avant-bras, Thèse Durand, 1888.)

B. A..., 46 ans, domestique, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 décembre 1886. A 11 ans, brûlure par de l'essence de térébenthine enflammée. La malade a été brûlée aux mains,

avant-bras, cou et genoux. A l'avant-bras gauche, la blessure est la plus profonde. La cicatrisation a été longue à se faire. A 15 ans, apparition d'une petite nodosité qui ne tarde pas à prendre le volume d'une noisette. A 42 ans l'ulcération apparaît.

La malade l'attribue au contact de l'eau chargée de soude dans laquelle son métier de lessiveuse l'oblige à tremper le bras. L'ulcération mesure 8 centimètres 1/2 de longueur sur 7 de largeur, siège sur la face postérieure et le bord interne de l'avant-bras droit. Ses bords déchiquetés, ses bourgeons saignants font porter le diagnostic d'épithélioma.

L'amputation du bras est pratiquée. L'examen démontre que la tumeur n'occupe que la peau et le tissu cellulaire. Les tendons et l'os sont sains.

Au microscope : épithélioma pavimenteux lobulé.

Observation VIII

(Jaboulay, *loc. cit.*).

X... se présente avec une tumeur ulcérée de la face interne du coude. De larges cicatrices de brûlures lui sillonnent et lui rétractent le bras depuis 20 ans. La guérison avait été très longue à se produire.

L'année avant son entrée à l'hôpital, le malade contracta la syphilis. Sept ou huit mois après le chancre, la cicatrice s'est découverte. Il se développe en un point une petite ulcération. Pensant à une lésion syphilitique, le médecin consulté prescrit des cautérisations au nitrate d'argent que la malade pratique *larga manu* pendant 2 mois.

Six mois après le début, à l'entrée du malade, la tu-

meur a la forme d'un gâteau circulaire, bourgeonnant, sanieux et sanguinolent de 20 centimètres de diamètre sur un ou deux travers de doigt de hauteur. Deux ou trois petits noyaux se sont développés à 2 ou 3 centimètres de la tumeur, nécessitant une désarticulation de l'épaule.

CONCLUSIONS

1° La dégénérescence des cicatrices et des ulcérations anciennes résultant des brûlures est fréquente.

2° Le développement de la tumeur est déterminé par une cause irritative extérieure, agissant localement ; cette irritation continue est une des données les mieux acquises et les plus constantes que nous possédions de la pathogénie du cancer.

3° Cette affection se comporte comme une affection purement locale ; l'hérédité semble n'y jouer aucun rôle.

4° La marche du mal est lente, mais toujours envahissante.

5° Les ganglions lymphatiques demeurent le plus souvent intacts. Les symptômes fonctionnels sont peu accusés.

6° Le pronostic est sérieux.

7° L'ablation de la tumeur devra être pratiquée de bonne heure. On s'efforcera de restreindre l'étendue de la cicatrice opératoire et d'y remédier par l'autoplastie et par la greffe.

BIBLIOGRAPHIE

Adelman. — Mittheilûngen aus der chirurg. Klin. der Univers zû Dorpart Guntzb. Zeitsch (1858).

Aubert. — Société des sciences médicales (Lyon, 1896).

Blum et Mathias Duval. — Dictionn. de médecine (1883).

Berlet. — Union Médicale (1858).

Bard. — Lyon Médical (août 1877).

Boegehold. — Ueber die Entrackelung von malignen Tumoren aus harben (Wirchow's Archiv., 1882).

Bousquet. — Société de chirurgie (octobre 1887).

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales (1855).

Broca. — Traité des tumeurs.

Bryant. — Medical Times and Gazette (1874).

Burdet. — Gazette hebdomadaire (1879).

Clément. — Du cancroïde des cicatrices. (Thèse de Strasbourg, 1868).

Crouzet. — Contribution à l'étude des cicatrices. (Thèse Paris, 1879).

Cruet. — Société anatomique de Paris (18 janvier 1878).

Dubuclet. — Essai anatomique de Paris (18 janvier 1878). 1874).

Demarquay. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1870.

Durand. — Dégénérescence épithéliomateuse des cicatrices. (Thèse Paris, 1888).

Duplay et Reclus. — Traité de pathologie externe.

Feldmann. — Thèse de Wurzburg, 1903.

Flower. — Transact. Pathol. Society of London.

Fearnside. — London Médical Gazette (septembre 1850).

Follin. — Gazette des hôpitaux (1849). Cancer des cicatrices et des ulcères.

Gilbert et Thoinot. — Traité de médecine (chap. cancer).

Hawkins. — On wary tumors in cicatrices. (London Medical Gaz., 1834-1842.)

— Lecture, London Medical Gaz., 1841.

Hartzell. — Precancerous affections of the more particulary precancerous kératoses.

Heurtaux. — Du cancroïde en général. (Thèse de Paris, 1860).

— Société anatomique de Nantes, 1878.

Hulke. — Med. Times and Gazette (1871).

Humbert. — Gazette des hôpitaux (janvier 1884).

Humphry. — Med. Times (1841).

Hyvernaud. — Trait. de l'épithélioma par le chlorate de potasse. (Thèse Paris, 1876).

Jaboulay. — Gazette des Hôpitaux (août 1907).

Jauzion. — Contribution à l'étude de l'épithélioma des cicatrices. (Thèse Paris, 1876).

Le Dentu et Delbet. — Traité de pathologie externe.

Lawson. — Medical Times (1883).

Legouvé. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Lebert. — Traité pratique des maladies cancéreuses.

Leredde. — Société de dermatologie (1895).

Levêque. — Traitement de l'épithélioma bénin de la face par le chlorate de potasse. (Thèse Paris, 1880).

Macpherson. — London Medical Gazette (1844).

Marjolin. — Dictionn. de médecine (1828).

Morestin. — Société anatomique de Paris. Epithélioma de la face sur une cicatrice de brûlure (janvier 1905).

Marcuse. — Deutsch. Zeitsch (1876).

Monod. — Bulletin de la Société anatomique (mars 1883).

Naudier. — Soc. Anat. de Paris (janvier 1870). Epithélioma de la face développé sur une cicatrice de brûlure.

Parise. — Bulletin Médical du Nord (1863).

Parmentier. — Bulletin de la Soc. anatomique (1864).

Panas. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

Pedraglia. — Vier Fâlle von Epithelialkrebs alten Narben (1853).

Pineau. — Gazette hebdomadaire (1859).

Petitfils. — Société anatomique (juin 1879).

Poncet. — Association française pour l'avancement des sciences. (Congrès d'Alger, 1881).

Smith. — Dublin Journal (mai 1854).

Terrier. — Eléments de pathologie générale.

Velpeau. — Gaz. des Hôpitaux (août 1854).

Vernher. — Chirurgisch Mittheilungen (1849).

Verdelet. — Epithélioma développé sur une cicatrice de brûlure ancienne. (Journal de médecine de Bordeaux, 1899).

Wirchow. — Pathologie des tumeurs.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 20 juillet 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 20 juillet 1909.
Le Doyen
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE

DES ULCÉRATIONS CICATRICIELLES

RÉSULTANT

DES BRULURES ANCIENNES